

揺れ動くフランスの司法精神医療 ——最近の文献から——

中 谷 陽 二¹⁾, 蓮 澤 優²⁾

Yoji Nakatani, Suguru Hasuzawa :
Changing Forensic Mental Health in France : A Review

フランスの司法精神医療をめぐる最近の動向を文献から明らかにした。一連の変化の中で3つの転換点が注目される。①1992年の新刑法典は責任無能力の要件として従来の「デマンス」の用語を廃止するとともに限定責任能力に相当する規定を置いた。②2008年の立法により再犯の危険性が認められる者を刑期終了後も隔離できる「保安監置」が新設された。③2011年の法改正により入院以外の選択肢を含む「同意によらない治療」が定められ、同時に医療処遇に関する裁判所の権限が定められた。これらの法改正と並行して司法精神医療の体制が整備された。「困難患者ユニット」が4施設から10施設に増設され、一般精神科施設では対応が困難な患者を多く受け入れる体制がとられた。刑務所などにおける精神障害者の増加への対策として一般医療の内部に被拘禁者の専門入院施設が創設された。これらの動向の背景として、セクター制のもとで開放化された医療における攻撃性をもつ患者への対処能力の低下、精神障害者による重大な他害事件や児童への性犯罪を契機とする公衆の安全意識の高まりが指摘されている。他方、患者による殺人事件で主治医の刑事責任が認定された裁判は関係者に衝撃を与えた。精神医学側からは危機感と次のような批判が表明されている。新しい責任能力規定は結果的に精神障害者の有責化を促している。保安監置における「危険性」の概念は不明確であり、その評価を精神科医に委ねることは犯罪と精神障害の同一視に基づく。同意によらない治療への裁判所の介入は精神医学の「司法化」につながる。被拘禁者の入院施設の設置は精神科医療に新たな隔離機能を負わせる。このようなフランスの現状から示唆されるのは、システムの上重ねと施設の増設による対応には限界があり、司法事例の発生それ自体を予防するための精神科医療全体の体制が重要なことである。この観点は日本の司法精神医療の方向性を考えるうえでも重要と考えられる。

<索引用語：フランス，司法精神医療，責任能力，保安監置，危険性>

はじめに

この十数年、フランスでは司法精神医療、より広くは刑事司法と精神医学の関係をめぐって目まぐるしい動きが起きている。背景には精神科医療

の構造的変化、さらには社会全体の安全意識の高まりという根深い問題が見いだされる。とりわけ21世紀に入り、一連の立法措置や制度改革を通じて情勢は大きく転換し、今なお揺れ動いている。

著者所属：1) クボタクリニック, Kubota Clinic

2) 福岡県立精神医療センター太宰府病院, Fukuoka Prefectural Psychiatric Center Dazaifu Hospital

受 理 日：2014年9月25日

精神障害者による重大な他害事件が世論と政治家の関心に火を付け、問題を顕在化させる触媒として働いたことも見逃せない。

本稿では、触法精神障害者の法的処遇と治療、保安監置と危険性を焦点とする議論を中心にフランスの最近の動向を報告し、日本の司法精神医療に与える示唆についても付言したい。

I. 背 景

1990年代から21世紀にかけてフランスの司法精神医療は転換期を迎えるが、まず背景についてまとめておく。

1. 精神障害者の免責制度

精神障害を理由に刑事責任を免除あるいは軽減する慣行は古くから存在し、近代の法制度および精神医学の発展と並行してかたちを整えてきた。フランスでは1810年刑法により責任能力の規定が明確にされ、また1838年の精神病者法により精神障害者の処遇が制度化された。

1810年刑法の第64条は次のように定めた。「被告人が行為のときにデマンス(démence)の状態にあったか、もしくは抵抗できない力によって強制されていたとき、重罪(crime)も軽罪(délit)も存在しない。」一方、1838年の精神病者法(Loi sur les aliénés. 正式には1838年6月30日法)により公共の秩序と安全を守るうえでの裁量が医師に委ねられた²⁾。入院の形態として自発収容(実質は第三者の同意による)と公的機関の命令による収容を定めた。このうち後者は「公衆の秩序・安全を脅かす精神病者」を県知事の命令で入院させる。これらの規定は1968年まで根本的な改正がされなかった。

1810年刑法の第64条については、デマンス(語源は「精神の喪失」という言葉の曖昧さなどが批判されてきた。1992年の新刑法典では従来の第64条に代わり第122条1項が次のように責任能力を定めた。

「行為のときに是非の弁別または行為の統御を失わせる精神障害または精神神経障害に罹患して

いた者は刑事責任を負わない。」

「行為のときに是非の弁別を変容させるか行為の統御を妨げる精神障害または精神神経障害に罹患していても、その者は罰すべきである。ただし裁判所は刑を確定し、その方式を定めるにあたってこの事情を考慮する。」

デマンスという包括的な語に代わり「精神障害と精神神経障害」「是非の弁別(discernement)と行為の統御(contrôle de ses actes)」という分節化された規定となった。障害が是非の弁別を変容させる(alterer)か、行為の統御を妨げる(entraver)場合についての規定は限定責任能力、日本の刑法では心神耗弱に相当する。ただし心神耗弱とは異なり、フランス法では刑を確定するにあたり「事情を考慮する」とされ、必ず刑を減輕する規定ではない。後述するように、このかたちの限定責任能力の導入がより多くの精神障害者に刑罰を科す事態をもたらしたと批判されている。

刑事訴訟についてみると²⁸⁾、フランスでは予審手続と判決手続が分離しており、検察官の請求を受けた予審判事(juge d'instruction)は証拠調べと被疑者の尋問を行い、犯罪の容疑を認めたときには判決裁判所へ事件を移送する。犯罪の証拠が不十分であるなど容疑を認めないときは予審判事による免訴の決定(non-lieu, 予審免訴)を行う。その決定の過程で精神障害の疑いがある者については予審判事が鑑定を命じる。鑑定人は、精神異常の有無、異常性と行為の関連性、危険な状態の有無、刑罰への適合性、治癒と再社会化の可能性について回答する。予審免訴とされ、かつ公の秩序もしくは人の安全を危うくするとみなされる者に関して、司法当局は知事に通報を行い、知事は職権入院(hospitalisation d'office)を命じる(2011年の法改正については後述)。

2. 困難患者ユニット

19世紀後半、イギリスの特殊病院の発展と並行してフランスでも精神障害犯罪者専用の施設が要望されるようになった。本格的な実現はパリ郊外 Villejuif の療養所の医師 Henri Colin の努力に負

う、彼により1910年に特別な保安を要する患者専用の区画が設けられ、1932年に創設者の名を冠してアンリ・コラン病棟と命名された³²⁾。

1947～1963年にかけて国内3カ所に同種のユニットが新設された。1986年の布告により困難患者ユニット (unités pour malades difficiles : UMD) という名称が与えられた。布告により「困難患者」と認定されるには、職権入院の要件に加えて、「適切で濃厚な治療プロトコルおよび特殊な保安処置を要するような他者への重大で確実な、もしくは切迫した危険」を呈することが必要とされた。つまり通常の医療環境では対応が困難であることが受け入れの基準である。司法経由の患者はUMD患者の一部であり、その点でドイツその他の司法精神病院とは施設の性格が異なる。

周知のようにフランスでは戦後、セクター化 (sectorisation) を主軸とする精神科医療改革が進められた。公的医療と多職種チームを基盤として、精神保健センター、デイホスピタル、宿泊施設、保護工房などの網状の組織によりサービスを提供し、再発予防、早期のケア、入院を回避するか短期間にとどめるための方策が実施された。このような医療構造の変化は結果的にUMDの実質をも変えることとなった。

一例を挙げると、フランス北西部のSarraguenesのUMDの実態についてSenningerら³²⁾が報告した。それによると、UMDの入院患者は、①職権入院の患者で一般の病棟の機能を妨げるほど抑制困難の者 (75%)、②重罪・軽罪にあたる行為により責任無能力を理由に免訴とされた職権入院患者で一般の病棟では危険が伴う者 (20%)、③拘禁中に精神障害が発症し、刑事施設での治療が適さない者 (5%) であった。疾患別では1957～1990年までに統合失調症、特に妄想型の患者が著しい増加を示した。このタイプの患者はセクター医療で困難患者として認知されやすくなり、施設内での暴力行動を理由としてUMDへ移送されるケースが増えているという。Bénézechら⁴⁾もセクター医療において暴力や攻撃性に対する耐性が低下し、UMDの患者構成を変化させたと指摘して

いる。このような状況が後述するUMDの強化・拡充につながる。

II. 患者の他害行為と医師の刑事責任

今日の流れを方向づける契機となった精神障害者による他害事件を取りあげたい。2004年にフランス南西部のポー (Pau) で発生した病院スタッフの殺害事件 (以下、ポー事件)、2008年にグルノーブルで発生した男子学生殺害事件 (以下、グルノーブル事件)、2012年のDanièle Canarelli医師に対する有罪判決 (以下、カナレリ裁判) である。

1. ポー事件^{21,37)}

2004年12月、ポーのCentre hospitalier des Pyrénéesの老年精神科病棟で深夜に2名の女性スタッフが殺害された。現場の状況から犯人は場所を知悉していると思われ、警察は患者と職員を調べたが、捜査は難航した。事件発生の1ヵ月半後、市内をパトロール中の警察官が男性に襲われ、その男性が病院スタッフ殺害犯であることが判明した。彼は統合失調症の診断で精神科に3度の入院を重ねていた。取り調べでは、妄想上の攻撃者に仕返しするために調理ナイフを手にして市中を徘徊し、病院に入ったところ女性スタッフと出会い、刺殺したと供述した。2008年8月に予審免訴の処分を受け、UMDに入院した。

2. グルノーブル事件¹²⁾

2008年12月、男性の統合失調症患者がSaint-Egrève病院を離院した。過去に複数回の離院および幻覚と病的衝動のエピソードがあったが、同伴なしで監視も囲いもない公園への外出を許可されていた。彼はグルノーブル市内に車で向かい、金物店でナイフを買い、通行中の男子学生を理由なく殺害した。2011年9月に予審免訴の処分を受け、UMDに入院した。この出来事は次節で述べる大統領声明の発端となった。

3. カナレリ裁判²⁹⁾

2004 年、マルセーユの Edouard-Toulouse 病院に 2000 年から入院していた妄想型統合失調症の患者が無断離院し、20 日後に祖母の連れ合いを斧で殺害した。以前にも 1 件の殺人未遂を含む数回の暴力歴があった。刑法第 122-1 条により予審免訴とされたが、被害者の遺族は医師に過失が疑われるとして訴えを起こした。予審判事は犯罪の容疑ありとして判決法廷に移送するにあたり、医師には「患者の暴力の遂行に寄与する複合した明白な過誤」があると指摘した。2012 年 12 月、マルセーユ軽罪裁判所は主治医であった Canarelli 医師に対して過失致死 (homicide involontaire) により執行猶予付き拘禁刑 1 年の有罪判決を下した。これに対して被告側が控訴した。

カナレリ裁判に引き続いて、上述のグルノーブル事件に関しても医師の刑事責任が問われる展開になった²⁰⁾。2013 年 11 月、グルノーブル控訴院は被害者遺族の告訴を受け、患者の治療を担当した 3 人の精神科医および病院を過失致死により公判に付することを決定した。医師らが患者の潜在的危険性を見落としたこと、病院が安全装置など離院防止に必要な方策を講じていなかったことが主な理由とされた。

患者の他害行為に関して直接の行為者が刑事責任を免れると、被害者側は他に責任を負う者を探し、医師個人が追及される。このような司法判断が今後も踏襲されるかについては予見できないが、医療者にとっては無関心ではいられない事態である。

Ⅲ. 改 革 へ

1. 大統領声明

グルノーブル事件の発生 8 日後、当時の大統領 Nicolas Sarkozy がパリに近い Antony で、医療行政の要職者や病院スタッフを前にして精神科病院の改革、特にリスクをもつ患者の処遇に関する演説を行った³⁴⁾。以下、要旨を紹介する。

Sarkozy 大統領はまず崇高で困難な職務に従事している医療者へのねぎらいを述べ、次いで本題

に入る。「殺人事件をご記憶でしょう (略) 数日前にグルノーブルで起きた 26 歳の若者に対する殺人です。Saint-Egrève の精神科病院から姿をくらませた患者がおかしました。(略) 殺人者となった人は、それ以前にも数回の重い攻撃を刑務所の内と外で行っていたのです！ 著しく危険な人が 1 週間の仮退院を 2 回与えられていたのです！」と警鐘を鳴らす。患者の閉じ込めがすべてを解決するわけではないとしながらも、バランスが必要なことを強調する。患者の社会への再統合と住民・医療スタッフの安全、「天使のような寛大さ」と「完璧な安全」とのバランスである。潜在的な危険性をもつ患者は特別な監督のもとに置かれるべきである。精神科病院の安全確保を実現するために国は 7,000 万ユーロの予算をあて、離院防止のための出入り制限、ビデオ監視装置を取り付けた閉鎖ユニットと 200 の隔離室の設置、UMD の増設を図る。職権入院の手続きの改正、さらには同意によらない通院治療が必要である。職権入院患者の仮退院も本退院も軽々しく許可されるべきではない。専門家による評価はもちろん尊重されよう。しかしそれは別の面からの評価と突き合わされなければならない。すなわち公共の秩序と他者の安全に関する評価である。政府は精神保健プランのもとで公的セクターに 10 億ユーロを投資したし、必要なら追加の投資を行う用意がある。この改革は「あなた方がより働きやすく、私たちが目のあたりにした大事件を減らせるような改革」である。患者は尊厳を有し、病院は刑務所であってはならないし、刑務所に患者がいることはスキャンダルである。しかし街中に危険な人がいることもスキャンダルではないだろうか、と Sarkozy は注意を喚起する。

大統領声明は、精神科医療の改革に向けて関係者が一丸となって取り組むように呼びかける前向きな論調であるが、厳格な患者管理の必要性について釘を刺し、具体的方策の提案にまで踏み込んだことが注目される。

2. 2011 年の暑い夏

2011 年の Lachaux の論考¹⁶⁾は「今年、精神医学の夏は暑かった」という文言から始まる。精神科患者の権利と保護に関する 2011 年 7 月 5 日法 (Loi du 5 juillet 2011, 以下, 2011 年法) が施行されたのである。

改正以前の 1990 年 6 月 27 日の法は同意によらない入院として第三者の申請による入院 (hospitalisation sur demande d'un tiers) と職権入院を定めた。職権入院は日本の措置入院におおむね相当する。2011 年法の改正点は多岐にわたるが、ここでは同意によらない治療 (soins sans consentement) に注目する^{10,23,26)}。法は治療への同意を原則とし、例外として同意によらない治療が可能であるとする。患者の状態が許す限り同意による治療 (自由治療) が優先され、同意によらない治療としては 2 つを定めた。

「保健施設の長の決定による治療」は、第三者申請もしくは切迫した危険において 3 条件——精神障害の存在、患者の治療同意の不能、即時の治療および恒常的もしくは規則的な監視の必要——が満たされる場合である。第三者 (tiers) の定義や診断書などについても明記されている。「国の代理人 (représentant de l'État) の決定による治療」は従来の職権入院に代わるもので、4 条件——精神障害の存在、患者の治療同意の不能、治療の必要性、人の安全に対する侵害もしくは公共の秩序に対する重大な侵害——が満たされる場合である。受け入れ施設外の精神科医による詳細な診断書に基づいて知事が命令する。

大きな改正点の 1 つは基本的な枠組みを「入院」から「治療 (soins)」へ変えたことである。すなわち、同意によらない治療として、完全入院 (hospitalisation complète, 全日入院) を代替する形態も選択肢に加えられた。デイホスピタルなどの制限入院 (hospitalisation à temps partiel), 外来通院, 作業所通所などであり、これらの場合、医師は場所や期間に関する治療プログラムを策定しなければならない。つまり、同意によらない治療が必ずしも入院を意味しない。Coldefy ら⁶⁾による法

改正前の調査では、同意によらない入院患者の 4 分の 1 は退院後 3 ヶ月の間に医療施設でフォローされていなかった。新法は強制下における院外治療を制度化したもので、治療維持の難しい患者に対する効果が期待されている。

患者の処遇の判断に裁判所の権限が取り入れられた点も重要である。完全入院の遅くとも 15 日目および 6 ヶ月ごとに自由拘禁判事 (juge des libertés et de la détention : 予審における一時的拘禁の可否を裁定する裁判官) が原則として患者本人出席のもとで審問を行い、処遇が有効であるかを裁定する。また刑事責任無能力の宣告に引き続く治療および UMD 入院の患者については特別な規定として、精神科医が完全入院を終了しようとするとき、施設長は合議体 (主治医、他施設の精神科医、多職種チームのメンバー) を招請する。合議体は知事に対して意見を提出し、自由拘禁判事が裁定を行う。

このように 2011 年法の眼目の 1 つは患者の権利擁護を意図した裁判所の介入であるが、Lachaux¹⁶⁾のような批判的立場からみると「法の介入」にほかならない。「医師と患者の一对一の親密な関係の終焉」であり、「精神科医の自由な空間でもある治療の空間を守るべきである」という。彼のほかにも法改正を精神科医療の司法化 (judiciarisation) と捉える精神科医は少なくないが、その根本には司法への警戒感が存在するように思われる。

2012 年 2 月、憲法院は 2011 年法により改正された公衆衛生法典のいくつかの条項を違憲と判断した。これを受けて Sarkozy 大統領時代に引き締められた制度は 2013 年 9 月 27 日の法により緩和されることとなった。UMD の入院終了に関する特別規定の削除、同伴付きの短期仮退院 (sortie d'essai) の復活、自由拘禁判事による審理を法廷ではなく病院で行うことなどである³⁵⁾。制度の改変はめまぐるしい。

3. UMD の拡充

安全が確保された入院治療を引き受ける唯一の構造であった UMD は慢性的に過剰な負担を負っ

てきたが、大統領声明を受けた精神科施設の安全化計画に基づいて相次いで増設されることとなった。既存の4施設に加えてPlouguernevel, Lyon-Bron, Albi, Eygurande, Châlons en Compagne, Sotteville-lès-Rouen に開設され、2012年には計10カ所、600床弱にまで拡充された¹⁸⁾。Lachaux¹⁷⁾は2011年の論文で次のように分析している。かつては非社会的な患者を主としたUMDはセクター医療では安定しない患者を多く受け入れるようになり、一般医療のパートナーとしての役割を強めている。さらには、閉鎖施設ではあるがUMDほど重装備ではない精神科濃厚治療ユニット (unités des soins intensifs psychiatriques) というものも新設された。患者の居住地に近接し、治療のつなぎ目としてUMDを補完する機能をもつという^{17,18)}。

IV. 刑事施設の精神科医療

1. SMPR と UHSA

目を転じて刑事施設 (刑務所、拘置所など) の精神科医療について検討する。ここでも精神科医療の全体的な構造変化と連動した動きが起きている。近年、ヨーロッパ各国に共通して刑事施設収容者の増加と刑期の長期化、さらには精神疾患の有病率の上昇が報告されてきた¹¹⁾。フランスも例外ではなく、精神科医療体制の整備が図られる動因となった¹⁸⁾。1986年には地域医学心理学的サービス (services médico-psychologiques régionaux : SMPR) が新設された^{3,27)}。SMPRは刑事施設内に設置されるが、機能的には公的なセクター医療に組み込まれる。

2002年には新たに特別装備病院ユニット (unités hospitalières spécialement aménagées : UHSA) が設置された。新設の背景には増加する精神障害の被拘禁者に対して既存の体制が追いつかないという事情があった^{9,18)}。SMPRの場合、患者であっても矯正規則により厳格に管理され、治療条件に大きな制約がある。他方でUMDの病床は2008年現在、全国で400弱であり、被拘禁者にあてられるのはその2割にすぎず、不足が顕著で

ある。被拘禁者も職権入院 (法改正後は「国の代理人の決定による精神科治療」) の手続きで刑事施設外の病院に入院することができる。この形態の入院は急増している。しかし一般の医療施設では警察の監視がなされないため、結果として隔離室の長期使用や離院のリスクが高まるのが指摘されている。さらに刑事施設内の自殺率の上昇も精神障害との関連で懸念されている。

UHSAはSMPRと異なり、刑事施設外に設置される。公衆衛生法典に「精神障害に罹患した被拘禁者の入院は、同意の有無にかかわらず、UHSAの枠内で保健施設において実施される」という項目が加えられた。つまり拘禁中の患者を精神保健の法規により管理することで一般患者とのサービスの格差解消をめざした。「精神疾患に罹患し、その精神保健の状態が刑務所での拘禁と両立できない者は、その目的で特別に整備された施設に拘禁されなければならない」というヨーロッパ矯正規則 (2006年) に沿った改革とされる¹⁸⁾。

UHSAの施設は3つのゾーンから構成される¹⁸⁾。「入院ゾーン」は20床以内 (隔離・濃厚治療の病室を含む) のユニット2~3からなる。「混合ゾーン」は矯正と保健の両者が管轄する空間である。そして建物の外周のゾーンは安全管理のための十分な広さと設備をもつ。つまり皮は矯正、アンコは医療という饅頭の構造で、保安と治療の両方を確保する施設である。治療は多職種チームにより行われるが、矯正スタッフの介入を随時求めることができる。

効果的で人道的な対策として期待されたUHSAであるが、Lambertら¹⁸⁾は開始10年の時点で目に見える改善をもたらししていないと分析する。まず財政的制約による施設建設の遅れであり、当初予定された9ユニット (計440床) のうち開設は3ユニットにとどまっている。飽和状態をきたし、受け入れまで長時間を要している。数週間から数ヶ月の入院期間では対応できない重症患者が特に問題となっている。最大の隘路は、UHSAが公的セクターの1機能と位置づけられながら、治療の流れが一般のセクター医療に接続さ

れにくい点にある。

Dubret⁹⁾は巨費を投じた UHSA 計画が「誤った方向への途方もない努力」であると手厳しく批判する。UHSA とはいわば「病院内に置かれた刑務所区画」である。これによって拘禁下での治療が保証されるとなれば、裁判所が精神障害者を刑務所に送り込む傾向はいつそう強まると懸念される。Dubret はさらに、裁判では責任能力を認定しておきながら、受刑中は同意能力を欠く者として扱い、治療を強制している現状は倫理違反ではないかと指摘する。

2. 有責、そして刑務所へ

Dubret の見解では UHSA 構想は「治療」と「刑罰」の混同の現れにほかならない。この流れを推し進めた 1 つの要因は 1992 年刑法の「是非の弁別を変容させるか行為の統御を妨げる精神障害」という限定責任能力の規定である。従来は完全責任能力を認定された者の一部について、精神障害を考慮して刑を科すようにすることが当初の目論見であった。ところが現実には逆方向の傾向が生じた。以前であればデマンスと認定されて予審免訴の処分を受けた患者がこの規定を適用されて裁判に回される事態が生じたのである。責任無能力による予審免訴が 1992 年の 493 件から 2003 年の 203 件へと著減する一方、軽罪裁判所への即時出頭 (comparution immédiate : 検察官が裁判所に即時に事件に係属させる) に付される者が 2002 年に 20% 増加した。そのためより多くの精神障害者が裁判の公開の法廷に姿をさらすこととなった。往々にして陪審はそのような被告人を「犯罪者」と「精神障害者」という二重の危険性をもつと認定し、健全な被告人よりも重い刑を科す。「半病人には倍の刑 (demi-fou, double peine)」³⁰⁾ というわけである。

有責化 (responsabilisation) つまり精神障害者を法廷で裁き刑務所へ送り込む傾向の要因として Salas³⁰⁾ は次の点を挙げる。1 つは、今日多くの鑑定医が患者を「法の前」に置くことを望んでいること。そしてより大きな要因は被害者の声の高ま

りである。先述のポー事件では統合失調症の加害者は責任無能力を宣告されたが、従来の方式とは異なり、控訴院に本人が出廷したうえで予審免訴が確定された。それは被害者側の意向が酌まれた結果である。予審免訴つまり non-lieu は字義どおりには「起きない」であるが、被害者の姉は「犯罪が起きなかった (le crime n'a pas eu lieu) と言うなら妹の命を返してほしい」と叫んだという。ポー事件を契機に予審免訴の決定は公判で行われるようになったが、Salas は、これによって責任能力の論議が公共の空間へと放たれ、「病んだ殺人犯を誰もが見られるワイドスクリーン」が出来上がったという。

このように、被拘禁者に対する医療の質向上をめざした改革が結果的に精神科医療の中に隔離的システムを持ちこんだと批判されている。開放化されたセクター医療の側にとって、実は歓迎すべき事態であるかもしれない。Lambert ら¹⁸⁾ は「社会の一部、そして不幸なことに精神医学の専門職の一部がこの状況に暗黙のうちに満足している」と指摘する。同様に批判的立場の Dubret⁹⁾ はセクター医療が暴力性や攻撃性に対処できる安全で濃厚な治療機能をもつべきだと主張する。欧米諸国では精神科医療改革が触法精神障害者を置き去りにして進められる局面がみられるが²⁴⁾、問題を一般医療に投げ返す視点は重要である。

V. 保安監置の波紋

1. 犯罪を治療する？

もう 1 つの大きな改革は 2008 年の立法による保安監置の制度化である。医療の現場に危機感を掻き立てた (以下, sûreté を「保安」, rétention を「監置」, suivi を「監視」, surveillance を「監督」, mesure を「処分」と訳す)。

近年、フランスでは、性犯罪をおもな対象とする一連の保安的な立法や対策が講じられた¹⁵⁾。端緒は 1998 年の「性的違法行為の予防と抑止に関する法律」であり、社会司法的監視 (suivi socio-judiciaire) を定めた。鑑定により治療が有効と判断されると治療命令が付加され、フランスにおけ

る司法処分と医学的治療を連結させた最初の法律とされる³¹⁾。

「保安監置および精神障害を理由とする刑事責任無能力の宣告に関する2008年2月25日の法律」(以下、2008年法)の主要な規定¹⁹⁾を以下に訳出しよう。

「例外として、刑の執行終了時に行われる状況の再調査により、パーソナリティの重い障害を患っているために累犯の非常に高い蓋然性(probabilité)で特徴づけられる特別な危険性を示すことが証明された者は、刑を終えたとき(略)保安監置の対象となりうる(略)」。

未成年者、成人を被害者とする特定の重大な犯罪により15年もしくはそれ以上の懲役の有罪判決を受けたことを条件とする。保安監置が適用されるには、重罪法院がこれらの有罪判決を下すにあたり、将来、その者が刑の執行終了時に保安監置のための再調査の対象となりうるということが明言されていなければならない。対象者は保安社会医学司法センター(centre socio-médico-judiciaire de sûreté)に収容され、医学的、社会的、心理的処遇を受ける。刑の終了の1年前までに多職種委員会が危険性に関する調査を行い、その際2名の鑑定人が医学鑑定を行う。決定は監置地方裁判所が行い、期間は1年であるが、多職種委員会の意見により更新可能である。保安監置の条件を満たさないが、それでも危険とみなされる者は社会内処遇である保安監督(surveillance de sûreté)に付される。こちらも1年で更新可能である。

2008年法はまた、「精神障害を理由とする刑事責任無能力の宣告」が下された者について、治療を必要とし、人の安全を危うくするか公共の秩序を重大に侵害することが証明されたならば、裁判所が職権入院を命じうることも定めている。従来は知事の権限でなされた措置の一部を司法の権限に変更したものである。この規定も上述の保安監置もヨーロッパの多くの国で制度化された「保安処分」にあたる。

そこで保安処分と保安監置について簡単に述べておきたい²⁴⁾。一般に保安処分とは再犯の危険性

を要件とする隔離などの自由剥奪であり、20世紀初めにヨーロッパ諸国で法制化され、修正を経ながら現在も維持されている。一言で言えば、「何をしたか」ではなく「何をする可能性があるか」を基準に自由を剥奪する処分である。例えばドイツの保安処分(Maßregel)は、精神障害者を対象とする精神科病院収容や、責任能力とは関係なく再犯危険性を要件として命じられる保安監置(Sicherungsverwahrung)などから構成される。ドイツの最新動向については渡辺³⁶⁾の紹介がある。フランスとの比較のため要点を参照したい。ドイツでは1990年代前半に保安監置の命令件数が減少し、廃止論が有力になった。1990年代半ば、児童に対する残虐な犯罪が報道され、1998年改正(10年の期限の廃止)に始まる数次の改正により保安監置の適用範囲が拡大された。判決の際には保安監置が認められなかったが、刑執行中に将来も重大再犯のおそれが高いと認められた場合、事後的に保安監置を命ずることができるという規定について連邦憲法裁判所は合憲とした。ところが2009年、欧州人権裁判所がこれを欧州人権条約違反と裁定したことから流れが一変し、連邦憲法裁判所の判断は合憲から違憲へと方向転換した。ちなみに保安監置の強化は、小児性愛者による事件を受けた2001年のSchröder首相の発言、「一生閉じ込めておこう」により加速されたという。先述のSarkozy大統領の声明と同様、政治リーダーの発言は重い。Bouche⁵⁾は独仏の制度の関連について論じている。フランスでも小児性愛者の累犯が保安監置制定の発端になり、ラインの川向う(ドイツ)から解決法を借りた。しかし、ドイツで保安監置が不評を買った経験からフランスは何を学んだのか、とBoucheは問う。保安処分をもたないことを伝統としてきたフランスが、保安監置というとりわけハードな方式を慌ただしく制定したのである。提案者のDatiは「保安監置とは一部の人の自由を代償にしたすべての人の安全なのだ」と公言したという¹⁴⁾。

政治家の発言の背後には広汎な世論、いわゆる犯罪不安があることも見逃せない。センセーショ

ナルに報じられる犯罪事件の犯人は精神病患者と同一視されやすく、公衆の意識の中では「精神病じみた犯罪 (un crime fou)」と「精神病者の犯罪 (un crime d'un fou)」がないまぜになる³³⁾。そして政治家は、犯人に「治療」が施されてこなかったことに不快の念を露わにする。各国の例が示すように、保安的な立法は「治療」という附属物が添えられるのが通例で、立法者は「犯罪を治す (soigner le crime)」ことを医療に要求する。

保安監置が内包する両義性は司法と精神医学の複雑な関係を浮き彫りにする。保安監置は刑罰なのか治療なのか。被監置者は「裁かれる人」なのか「患者」なのか。2008年法は「10年来高まった司法と医学の危機的緊張を露わにした」とも言われる³³⁾。特に医療現場の危機感は司法化つまり医療への司法介入と精神医学の道具化 (instrumentalisation) という言葉に集約される。保安監置のもとで判決時、刑終了の1年前、処分更新時など多くの場面で精神科医に鑑定や意見が求められる⁷⁾。鑑定では「パーソナリティの重い障害による再犯の著しい蓋然性」を評価しなければならないが、Senonら³³⁾は「これは鑑定医にとって何と重い責任だろうか」と疑問を投げかける。法律が「パーソナリティの重い障害」という障害概念を明記していることはDavid⁷⁾によれば「犯罪の精神医学化」つまり犯罪とりわけ性犯罪を精神病理と同一視する風潮の現れである。

さて、2012年12月の報道¹⁴⁾によれば、Hollande政権の法務大臣が保安監置廃止を含む法案を準備中という。記事は「こうしてSarkozy的刑事政策の最も象徴的な部分の1つに終止符が打たれるだろう」と評している。ところが2013年9月の時点では保安監置廃止は草案から消えたという²²⁾。一連の経緯は個人の人権と安全にかかわる政策が政治の風向きに左右されがちなことを物語っている。

2. 「危険性」とは何か

2008年法は危険性 (dangerosité) の本質を議論の俎上に載せた。世論に後押しされた政治家の発言が強力な推進力となったが、その背景には社会

全体の安全意識の高まりがある。David⁷⁾はこれを安全を求める熱狂 (frénésie sécuritaire) と呼ぶ。その中で、古くから刑法学と精神医学の接点にあった危険性の問題があらためて関心を集めた。

保安監置は「例外」措置とはいえ、罪を償い終えた者をさらに拘禁する「安全のための自由剥奪の上重ね」³³⁾であり、永続的な自由剥奪すら許される。しかしそれはフランス大革命の渦中に成立したいわゆる人権宣言の理念に抵触するともいわれている。

批判的な論者は2008年法がフランスの刑法思想の塗り替え、新たな抑圧装置の創出とみなし、「抑圧の武器庫に新たな制裁が導入された (略) 社会防衛の新たな1頁が開かれた」²⁵⁾と論難する。さらに保安監置を歴史の逆行とみなす意見も少なくない。18世紀の啓蒙主義の法学者Beccaria以来、刑罰は法に明記された違法行為について、その重さに釣り合つて科されるとする原則が刑法を支配した。一方、19世紀後半にイタリアを中心に発展した犯罪人類学に影響された実証主義の刑法思想は犯罪者の危険性に着目した。フランスの保安監置を装いを新たにした法実証主義とみなすDoron⁸⁾によれば、本制度の国会審議において刑法の古典的原則から脱却すべきであるという主張が公然となされた。個人の危険性が存続する限り再犯防止のための自由剥奪は許されるという主張である。性犯罪の抑止に関する1998年法を転換点として再犯防止を旗印に掲げる議会報告が積み重ねられ、対象範囲は多様な暴力犯罪に拡大され、その「悲しむべき到達点」が2008年法であるという。哲学者Doronをはじめとして危険性をいとぐちに現代社会の権力構造に踏み込む論者も少なくない。その議論の中でFoucaultの狂気論や統治 (gouvernement) の概念がしばしば援用される。ちなみに1980年代以降、いわゆるネオリベリズムが政治経済の分野で有力となったアメリカでは、その分析の枠組みとしてFoucaultの権力論が注目された。フランスの刑事政策も15年来、予防・教育・連帯・援助という父権的モデルからネオリベリズムのモデルへと舵を切った¹³⁾。アメ

リカで展開した Foucault の思想がフランスに逆輸入されるという興味ある動向がみられる。

さて、危険性概念の混乱を解決する処方箋が医学側から出された。高等保健機関(Haute Autorité de Santé)は統合失調症および気分障害の患者の暴力リスク因子の評価に関する報告書を公表した¹³⁾。その中で、危険(danger)を「人もしくは物の安全と存在を脅かすか、損なうもの」と定義したうえで「精神医学的危险性」と「犯罪学的危険性」の区別を試みた。前者が「精神疾患の直接的表出と結びついた症状的現象」であるのに対し、後者では「行為化の発生を促進する環境的、状況的要因の全体が考慮されなければならない」とする。この報告は精神障害者の暴力の疫学、臨床的特徴、予測の可能性について掘り下げて検討し、保安監置についても批判的に論及している。また国立医学アカデミーは「精神医学的・犯罪学的危険性」に関するワーキンググループを2012年に設置した。その報告¹⁾は、危険性の評価が精神科医に課せられた最も困難なミッションであるとしたうえで、精神鑑定の役割、鑑定医の質と量の向上などについて詳細に論じている。危険性の2つのカテゴリーについては高等保健機関と同様の見解を示し、特に鑑定医による評価が犯罪学的危険性へと逸脱することに注意を促す。Sechter³¹⁾をはじめとして精神科医からも同じ方向性での主張がされている。2つの危険性を明確に区別することは難しいが、犯罪学と精神医学という異なる次元で捉える視点は指針として有効であろう。

おわりに

——フランスから日本へ——

フランスの司法精神医療は日本にどのような示唆を与えるであろうか。現在のところ日本ではフランスほどには問題が尖鋭化していないように感じられる。その要因は精神科医療全体の違いによるところが大きい。フランスはアメリカほどではないにせよドラスチックな改革により地域医療への移行を進めた。それに対して日本では精神病床数が依然高止まりであることに現れているよう

に、地域医療への移行は緩慢である。そのことが触法精神障害者の問題を顕在化させてくくしていると推測される。

みてきたように、フランスでは患者の暴力や攻撃性に対する精神科医療の対処能力が低下し、その結果、UMDや刑事施設の医療部門が過剰収容をきたす事態が起きている。既存の体制のみでは対応が追い付かず、システムの上重ねや施設の増設が図られてきた。この状況が意味するのは、発生した事例に対処することよりも事例の発生そのものを食い止める方策の重要性である。そしてこの方策は地域における患者サポート、救急システム、危機介入など、まさに精神科医療の全体が負うべき課題である。日本でも長期入院患者の蓄積など医療観察法の限界が見え始めているが、司法精神医療の軸として他害行為の一次予防という視点を明確にすることが必要であろう。

保安監置をめぐる議論は公共への危険性を理由とする個人の自由剥奪が許されるのかという究極の問題を炙り出した。日本ではもちろん保安監置に相当する制度は存在しない。医療観察法についても、法案審議の過程で要件としての「おそれ」が批判を浴び、「同様の行為を行うことなく社会復帰を促進する」という婉曲な文言に替えられた。しかし言葉を削れば問題が消滅するわけではない。思想界を巻き込む危険性論争が展開されたフランスに比べ日本の状況はいかにも微温的である。

以上、異なる次元の問題が錯綜し、なおかつ状況は流動的で、全貌を捉えることは筆者らの手に余る。また、雑誌などに掲載された主張は声高な批判に傾きやすく、得られる情報にバイアスなしとしない。ただこのような激しい反発は、司法化あるいは道具化という言葉に示されるように、刑事司法や政治との関係において精神医学が守勢に立たされている事態の裏返しと捉えることもできる。ある点で日本の近未来を先取りしているようにも思われ、対岸の火事といって済まされるものではないであろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Académie Nationale de Médecine. Commission 5—Psychiatrie et santé mentale. Commission 17—Éthique et droit et Conseil National des Compagnie d'Experts de Justice : Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique. Rapport—Recommandation (<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/ANM-dangerosite-26.09.12docm.pdf>)
- 2) Ayme, J. : La genèse de l'article 122-1. Criminologie et Psychiatrie (sous la direction de Alberne, T.). Ellipse, Paris, p.559-567, 1997
- 3) Beloncle, M. : L'hospitalisation psychiatrique des patients détenus : historique, enjeux et perspectives. Inf Psychiatr, 80 ; 281-284, 2004
- 4) Bénézech, M., Vankeilsbilck, D., Addad, M., et al. : Les malades mentaux difficiles et/ou dangereux. Enquête criminologique sur 547 sujets places d'office de 1967 à 1976 en service de sûreté de Cadillac. Ann Med Psychol (Paris), 155 ; 641-675, 1977
- 5) Bouche, L. : La rétention de sûreté : quand le droit français adopte une institution allemande. Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2011 (<http://m2bde.u-paris10.fr/content/la-rétention-de-sûreté-quand-le-droit-français-adopte-une-institution-allemande>)
- 6) Coldefy, M., Nestrigue, C. : L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 2014 (<http://www.montperrin.sudsantesociaux13.com/L-hospitalisation-sans-consentement-en>)
- 7) David, M. : Loi de rétention de sûreté. Lecture des dangerosités. Histoire de leur appropriation politique et psychiatrique. Inf Psychiatr, 84 ; 519-526, 2008
- 8) Doron, C-O. : La rétention de sûreté : vers un nouveau type de positivisme juridique? Inf Psychiatr, 84 ; 533-541, 2008
- 9) Dubret, G. : UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction. Inf Psychiatr, 84 ; 543-550, 2008
- 10) Espace Presse—Psycom : Soins psychiatriques et consentement, 2014 (<http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Soins-psychiatriques-et-consentement>)
- 11) Fazel, S., Danesh, J. : Serious mental disorder in 23,000 prisoners : A systematic review of 62 surveys. Lancet, 359 ; 545-550, 2002
- 12) France info : Grenoble : l'affaire du schizophrène meurtrier refait surface, 2013 (<http://www.franceinfo.fr/justice/grenoble-l-affaire-du-schizophrène-meurtrier-refait-surface-1215185-2013-11-15>)
- 13) Haute Autorité de Santé : Audition publique—Rapport d'orientation de la commission d'audition. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf)
- 14) L'Humanité. fr : La rétention de sûreté bientôt abolie. Le 10 Décembre 2012 (<http://www.humanite.fr/societe/la-retention-de-surete-bientot-abolie-510578>)
- 15) 井上宜裕 : フランスにおける保安監置及び保安監視をめぐる近時の動向. 法政研究, 79 ; 47-71, 2012
- 16) Lachaux, B. : La loi du 05 juillet 2011 ou la défense du sujet passant de la médecine au droit. Psychiatr Sci Hum Neurosci, 9 ; 177-180, 2011
- 17) Lachaux, B. : Les Unités de malades difficiles : d'une histoire sécuritaire à un projet de soins intensifs en psychiatrie. La Psychiatrie à l'Épreuve de la Justice (sous la direction de Ganger, B.). Twice Daily, p.67-81, 2011 (http://www.twicedaily.fr/psychiatrie_et_justice/pdf/art_7_psy.pdf)
- 18) Lambert, Ch-E., Bied, C., Meunier, F., et al. : Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées : perspectives et appréhensions face à une nouvelle institution psychiatrique dans le paysage pénitentiaire français. Psychiatrie et violence, 11 ; 2011 (<http://www.erudit.org/revue/pv/2012/v11/nl/1012202ar.html>)
- 19) Legifrance. gouv. fr : Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018162705>)
- 20) Le Monde : Grenoble : trois médecins et un hôpital mis en examen pour homicide involontaire (<http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/11/15/meurtre-de->

grenoble-trois-medecins-et-un-hopital-mis-en-examen-pour-homicide-involontaire_3514844_3224.html)

21) Le Parisien : Drame de Pau : le scénario des meurtres se précise (<http://www.leparisien.fr/faits-divers/drame-de-pau-le-scenario-des-meurtres-se-pre-cise-14-01-2005-2005616872.php>)

22) Libération : Loi Taubira, une réforme à la peine. 8 Septembre 2013 (http://www.liberation.fr/societe/2013/09/08/loi-taubira-une-reforme-a-la-peine_930322)

23) Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé : La réforme de la loi de 1990. 8 points-clés pour vous guider. Présentation aux acteurs de la psychiatrie. 2011 (<http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques.html>)

24) 中谷陽二 : 刑事司法と精神医学—マクノートンから医療観察法へ—. 弘文堂, 東京, 2013

25) Odier, G. : Rétention de sûreté : quelles mesures pour quelle politique criminelle? *Inf Psychiatr*, 84 ; 721-723, 2008

26) 大島一成, 阿部又一郎 : フランスにおける成人の精神科治療システムと法律—非自発的入院についての臨床的考察と提言—. *精神経誌*, 114 ; 396-407, 2012

27) Paulet, C. : Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenus, en particulier de l'hospitalisation. *Inf Psychiatr*, 80 ; 307-312, 2004

28) Pradel, J. : Les aspects procéduraux. *Criminologie et Psychiatrie* (sous la direction de Albernhe, T.). Ellipse, Paris, p.592-595, 1997

29) Provence-Alpes : La psychiatre Danièle Canarelli devant les juges. En appel à Aix-en-Provence. 2014 (<http://provence-alpes.france3.fr/2014/02/10/la-cour-d-appel-d-aix-en-provence-juge-nouveau-la-psychiatre-daniele-canarelli-412821.html>)

30) Salas, D. : La responsabilisation des fous criminels

à l'ère néolibérale. *Inf Psychiatr*, 88 ; 423-429, 2012

31) Sechter, D., Senon, J-L., Sechter, D. : La dangerosité, problème central dans la confrontation des modèles intégratifs et ségrégatifs des soins entre prison et hôpital. *Inf Psychiatr*, 88 ; 631-640, 2012

32) Senninger, J-L., Fonta, V. : Les unités pour maladies difficiles. *Criminologie et Psychiatrie* (sous la direction de Albernhe, T.). Ellipse, Paris, p.670-681, 1997

33) Senon, J-L., Jaafari, N. : La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice? *Inf Psychiatr*, 84 ; 511-518, 2008

34) Vie publique. fr : Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony le 2 décembre 2008 (<http://discours.vie-publique.fr/notices/087003805.html>)

35) Vie publique. fr : Loi du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, 2013 (<http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-discussion/proposition-loi-visant-modifier-certaines-dispositions-issues-loi-no2011-803-du-5-juillet-2011-relative-aux-droits-protection-personnes-faisant-objet-soins-psychiatriques-aux-modalites-leur-prise-charge.html>)

36) 渡辺富久子 : ドイツにおける保安監置をめぐる動向—合憲判決から違憲判決への転換—. 国立国会図書館調査及び立法考査局, 外国の立法, 249, 2011 年 9 月 (www.ndl.go.jp/jp/data/publication/legis/pdf/02490004.pdf)

37) Wikipedia : Le drame de Pau (http://fr.wikipedia.org/wiki/Drame_de_Pau)

Changing Forensic Mental Health in France : A Review

Yoji NAKATANI¹⁾, Suguru HASUZAWA²⁾

1) *Kubota Clinic*

2) *Fukuoka Prefectural Psychiatric Center Dazaifu Hospital*

This article describes the background and recent changes in French forensic mental health. The literature suggests that three law reforms have been crucial to changes in the mental health system. First, the Penal Code of 1992 redefined the provisions of criminal responsibility and introduced the category of diminished responsibility. Second, a controversial law for preventive detention (*rétenction de sûreté*) was enacted in 2008, according to which criminals with severe personality disorders are subject to incarceration even after the completion of their prison sentences if they are still considered to pose a danger to the public. Third, the revision of mental health laws in 2011 altered the forms of involuntary psychiatric treatments, stipulating a judge's authority to decide treatment. In parallel with these legal reforms, the psychiatric treatment system for offenders with mental disorders has been reconstructed. The number of difficult patient units (*unités pour malades difficiles*) has increased from four to ten across the nation in order to meet the needs of patients transferred from general psychiatric institutions for the reason of being unmanageable. In the penitentiary system, new facilities have been established to cope with the growing number of inmates with mental disorders. As background to these changes, it is pointed out that the current psychiatric system has undergone deinstitutionalization and become less tolerant of aggressive behavior in patients. In the broader context, public sensitivity towards severe crime, as shown by the sensation triggered by serious crimes conducted by pedophiles, seems to urge tough policies. In the 2000 s, several homicides committed by psychiatric patients had a great impact on the public, which led President Sarkozy to issue a statement calling for stronger security in psychiatric institutions. The harsh attitude of courts towards psychiatric practices is illustrated by a 2012 ruling ; after a patient escaped from the hospital and hacked an elderly man to death, his psychiatrist was sentenced to a one-year suspended prison sentence for failing to recognize the danger that the patient posed to the public. Another lawsuit was raised against a psychiatrist following this case. Apparently, a sense of crisis is growing among psychiatric professionals. Their concerns are based on several points. Introduction of diminished responsibility may narrow the possibility of acquittal by reason of insanity, and lead to the criminalization of those with mental disorders. Dangerousness (*dangerosité*), pivotal in the procedure of preventive detention, is not a medical concept, but is instead based on the erroneous identification of criminality and mental disorders. Therefore, it is unreasonable to entrust the evaluation of dangerousness to psychiat-

ric expertise. Court intervention in the process of deciding appropriate treatment may intensify judicialization (*judiciarisation*) of psychiatry. Establishment of facilities for prisoners within the mental health system would create a new segregating function of psychiatry. Thus, French experience seems to be figuring out all the challenges that contemporary mental health is facing. Above all, effective measures should be taken to prevent patients from entering the criminal justice system. Following this recommendation would be helpful in Japan, where a new forensic mental health system has just started.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : France, forensic mental health, criminal responsibility, preventive detention, dangerousness>
